

【高齢者】 予防接種費用免除申請書

尾道市予防接種実費徴収規則第3条及び予防接種事業実費徴収要綱第5条の規定により、次の予防接種に係る自己負担金の免除を申請します。

上記規定の適用を受けるに際し、世帯全員の課税状況を市が確認することに同意します。

* 太枠の中を記入してください。

予防接種名	<input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種 <input type="checkbox"/> 肺炎球菌予防接種 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルスワクチン予防接種				
予 防 接 種 を 受 け る 人	個人番号 (マイナンバー)				
	該当事由	市民税非課税世帯			
	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日 (歳)
	住 所	尾道市			
	電話番号	()	-		
年 月 日					
尾道市長 様					
申請する人（窓口に来られた人） 氏名 _____					

* 同一世帯以外の方が申請するときは、委任状が必要です。

市 記 入 欄	申請接種名に✓	インフルエンザ予防接種	【必須】本人確認	
		肺炎球菌予防接種	番 号	有 ・ 無
		新型コロナウイルスワクチン予防接種	身元確認	済 ・ 未
	決定欄	該 当	・	非 該 当

（裏面：委任状）

同一世帯者の課税状況を確認した場合、名前を記入	人数	処理者
	() 人	

委任状

私は、次の者を代理人と定め、

	高齢者インフルエンザ予防接種手続に係る
	高齢者肺炎球菌予防接種手続に係る
	新型コロナワクチン予防接種手続に係る

一切の権限を委任します。

代理人 (窓口に来た人)	住所	
	名前	

尾道市長様

年 月 日

委任者 (接種する人)	住所	尾道市
	名前	

印